

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o

424

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges PASCAREL

Né le 2 mai 1909, à Narbonne (Aude).

**A propos de la conduite du traitement
chez les Syphilitiques anciens**

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges PASCAREL

Né le 2 mai 1909, à Narbonne (Aude).

A propos de la conduite du traitement
chez les Syphilitiques anciens

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIÈRE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.		BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBÉ.
		LEREBoullet.
		NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance		H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants		GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux		CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses		GOSSET.
Clinique chirurgicale		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
Clinique d'accouchements		BRINDEAU.
		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGENT.
Clinique de la Tuberculose		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Stienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON ... Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.

PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LOEPER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. FLANDIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUMEAU-DELILLE

(Ancien chef de clinique à la Faculté).

*Qui, dès notre entrée dans la Carrière
médicale a su nous inspirer des règles de
travail,*

*Qui, au cours de nos études nous a
donné maints témoignages d'affection, et
qui nous a donné le sujet de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

*Qui nous a accueilli paternellement dans
son Service et nous a prodigué de nom-
breux conseils et guidé dans nos études.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BASCOURRET

Assistant de Monsieur le Professeur CLERC.

*En témoignage de reconnaissance pour
les nombreuses marques de sympathie dont
il nous a honoré et l'intérêt qu'il a tou-
jours montré à notre égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLEMENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR GARRELON

A MONSIEUR GEORGES CORET

Ingénieur, ancien élève de Polytechnique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SARGUEIL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I

INTRODUCTION

Le traitement d'entretien de la syphilis demeure à notre époque aussi discuté que du temps de FOURNIER; sur ce sujet les opinions les plus diverses et parfois même les plus contradictoires sont soutenues par les syphiligraphes.

Il nous a paru utile de tenter une mise au point de cette question si complexe et si débattue.

La syphilis, précocement dépistée a été correctement traitée pendant 3 ou 4 années successives; quelle est la conduite à tenir ultérieurement? Faut-il poursuivre le traitement ou peut-on sans inconvénient l'interrompre? Ce traitement d'entretien a-t-il une réelle efficacité ou est-il inutile, voire même dangereux comme le soutiennent certains auteurs? Doit-on considérer ces malades comme complètement guéris, en les soumettant seulement à une surveillance clinique et sérologique, ou doit-on au contraire continuer à les traiter?

Tels sont les points que nous désirons aborder.

Nous tenons à remercier vivement M. le D^r FLANDIN de nous avoir permis d'utiliser ses observations et de nous avoir donné des conseils très précieux pour la rédaction de ce travail.

HISTORIQUE

Depuis bien longtemps les médecins ont remarqué que la syphilis était une affection particulièrement tenace, récidivante; ils furent amenés afin d'éviter le retour des accidents, et avec l'espoir de stériliser la vérole, à prescrire des traitements extrêmement énergiques; les malades étaient ainsi soumis à des doses massives de mercure qui déclenchaient des accidents parfois redoutables, la stomatite mercurielle en constituant un exemple classique. Rappelons à ce propos les termes de FOURNIER : « quels succès, le mercure obtint, et quel enthousiasme l'accueillit, puis aussi, quels déboires, quels méfaits, quels désastres surgirent de son emploi déréglé, excessif, téméraire. »

Dès cette époque, FOURNIER avait parfaitement vu qu'un traitement trop intensif pouvait être dangereux mais qu'un traitement d'entretien à longue échéance était indispensable, si l'on voulait éviter la réapparition d'accidents : « Je me crois, disait-il, autorisé à vous présenter les deux propositions suivantes comme le résultat de mon expérience personnelle à savoir :

1) que les syphilis qui paient le plus lourd tribut au tertiariisme sont celles qui ont été ou bien absolument abandonnées à leur évolution propre, ou bien insuffisamment traitées, ou bien exclusivement traitées à propos de leurs accidents, de leurs explosions successives (ce qui constitue vous le savez, le programme de la méthode opportuniste).

2) que, tout au contraire, les syphilis dont on s'est longtemps occupées, contre lesquelles (passez-moi le mot) on s'est ACHARNÉ thérapeutiquement, et cela non pas seulement alors qu'elles étaient en période explosive, mais en dehors et au delà de leurs étapes d'activité morbide, les syphilis, en un mot, que l'on a soumises aux exigences multiples de la méthode préventive, sont celles qui fournissent le plus faible contingent au tertiariisme. »

Depuis, la découverte de nouveaux médicaments, sels arsénicaux et sels bismuthiques, a donné chaque fois aux syphiligraphes les mêmes espoirs plus ou moins rapidement suivis des mêmes déceptions; on a cru vers 1910 qu'il serait possible de guérir la syphilis avec une seule injection de 606. Certes, les accidents secondaires disparaissaient vite, mais ils récidivaient. Depuis on a intensifié les traitements, on a augmenté les doses et rapproché les séries. Il est certain qu'actuellement un grand nombre de syphilitiques, intensément et précocement traités pendant un temps suffisant, n'ont plus ultérieurement d'accidents; cependant le problème du traitement d'entretien de la syphilis demeure entier.

III

LES CRITERES DE GUERISON DE LA SYPHILIS

L'application du traitement d'entretien est directement subordonnée à la guérison de la syphilis. Si le syphilitique, précocement et bien traité est guéri, le problème est résolu et tout traitement ultérieur semble inutile. Mais peut-on affirmer la guérison de la syphilis ?

Ainsi sommes-nous amenés à discuter les différents critères de guérison de cette affection.

Ces différents critères de guérison ont été l'objet de nombreuses discussions, entre autre, au congrès de Dermatologie de Bruxelles de 1926; récemment, ils ont été le sujet d'un rapport au 9^e congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie qui s'est tenu à Budapest en septembre 1935. Différents auteurs comme M. TOMMASI (Palerme), M. MILIAN, M. WEISENBACH, entre autres, font la critique des différents tests de guérison de la syphilis. Un syphilitique semble guéri, lorsqu'après avoir suivi un traitement régulier pendant environ trois ans, il n'a plus aucun signe de syphilis cliniquement dé-

celable, lorsque les réactions sérologiques sont négatives dans le sang, et que le liquide céphalo-rachidien est normal, lorsque enfin sa descendance est, cliniquement, indemne.

En réalité tous ces critères sont passibles de critique, aucun n'a une valeur absolue; même tous réunis, ils ne permettent pas de dire que le sujet est stérilisé. Certes, assez fréquemment, ce malade n'aura plus jamais aucune manifestation spécifique, quelquefois même il sera susceptible de contracter à nouveau la syphilis, cette éventualité demeurera assez rare; il est très difficile de dire s'il s'agit d'une réinfection, et dans l'immense majorité des cas il nous est absolument impossible d'affirmer la guérison de la syphilis.

Envisageons donc, un à un, ces différents critères de guérison et voyons quelle valeur on peut leur accorder.

1. LES CRITÈRES CLINIQUES :

a) *Etude des antécédents : valeur du traitement antérieurement suivi.*

Il s'agit d'un sujet qui a concentré, 3 ou 4 ans avant, la syphilis. L'affection a été dépistée assez précocement après l'apparition d'un accident primaire ou de manifestations secondaires, et soumise à des traitements variés. La date d'institution du traitement, son intensité, le rythme des séries ont une très grande importance pour l'avenir.

Tous les auteurs s'accordent pour admettre qu'il est capital de traiter au plus tôt la syphilis, dès l'apparition de l'accident primitif, à la phase pré-sérologique; ce traitement doit être aussi intensif que possible. Cependant il

faut noter certaines divergences dans l'application du traitement d'attaque; certains demeurent partisans de séries alternées, d'autres de séries mixtes arséno-bismuthiques, d'autres enfin d'un traitement continu pendant plusieurs mois.

Quelle que soit la méthode employée, lorsque les accidents cliniques disparaissent rapidement en même temps que le B. W. est négativé, on peut augurer favorablement de l'avenir. Mais un traitement d'attaque bien conduit ne constitue pas une certitude absolue de guérison, les observations que nous rapportons en fournissent la preuve.

Certes, il est fréquent d'observer dans les différents dispensaires anti-syphilitiques des malades qui, pour une raison quelconque : négligence, difficulté pratique, maladies intercurrentes ou accidents dûs aux médicaments, suivent irrégulièrement leur traitement. Cependant ils demeurent indemnes ultérieurement de toute manifestation spécifique. Un traitement insuffisant n'a donc pas pour corollaire la récurrence obligatoire des accidents. Ce fait ne constitue nullement un argument contre l'utilité du traitement d'attaque; il faut s'efforcer d'obtenir du malade la régularité dans les séries.

Inversement lorsque ce traitement est bien suivi, on ne saurait conclure à la stérilisation de la maladie. Un certain nombre d'observations en constituent une preuve :

Il est possible de voir survenir chez un malade correctement traité des accidents cliniques ou une récurrence sérologique. Un traitement d'attaque même bien conduit ne met pas toujours le malade à l'abri d'accidents ultérieurs, et il ne saurait être invoqué comme critère de guérison.

b) *Renseignements fournis par l'examen clinique.*

Dans la grande majorité des cas, entre la 3^e et la 4^e année du traitement de la syphilis, l'examen clinique ne met pas en évidence d'atteinte viscérale profonde; on ne trouve habituellement aucune manifestation clinique : l'appareil cardio-vasculaire, les émonctoires foie, reins, le système nerveux chez ce syphilitique souvent jeune, sont habituellement indemnes. Aussi l'examen clinique à lui seul n'apporte aucun argument de certitude.

2. LES CRITÈRES SÉROLOGIQUES.

Parmi les critères sérologiques, nous grouperons d'une part les réactions que l'on peut pratiquer dans le sang, d'autre part l'examen du liquide céphalo-rachidien.

a) *Valeur des examens sérologiques dans le sang.*

Nous ne nous attarderons pas à critiquer la valeur des différents examens sérologiques que l'on peut pratiquer dans le sang. Nous avons vu quelle importance il fallait apporter à l'étude de la courbe sérologique dans les antécédents. Sous l'influence du traitement d'attaque, les différentes séro-réactions ont été le plus fréquemment négativées après une première série; ultérieurement, ces séro-réactions B. W. Hecht, Kahn, Déesmoulières, demeurent négatives. La persistance de réactions négatives à la troisième, quatrième année de la syphilis est certes un élément de bon pronostic; mais elle ne permet pas de dire que le malade est guéri. A cet égard, les réactions de flocculation n'ont pas plus de valeur que les autres.

Rappelons à cet égard que la méthode de traitement avec vérifications en série des réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien préconisée par VERNES et appliquée systématiquement à l'institut prophylactique ne semble pas donner dans un avenir éloigné des résultats supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes de traitement. Nous nous bornons à signaler ce fait que nous avons pu observer un certain nombre de fois sans entrer plus avant dans la critique de la méthode de VERNES; cette méthode donne d'excellents résultats dans le traitement de la syphilis et malgré les divers contrôles sérologiques exigés par l'auteur, on ne saurait préjuger de l'avenir de ces malades. Il nous paraît véritablement impossible d'affirmer leur guérison.

Chez un malade précocement et intensément traité, les réactions sérologiques demeurent négatives pendant plusieurs années, comme dans certaines observations que nous rapportons : sans qu'aucune raison ne puisse le faire prévoir à une date donnée, après une interruption de traitement d'une durée variable, les réactions sérologiques deviennent à nouveau positives. Plus rarement les accidents réapparaissent, alors que le B. W. reste négatif.

La persistance de réactions sérologiques négatives ne constitue pas elle non plus un critère de guérison.

b) Valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

L'examen du liquide céphalo-rachidien est extrêmement important à pratiquer au cours de la 3^e ou 4^e année de la syphilis; les travaux remarquables de RAVAUT et à sa suite un grand nombre d'auteurs l'ont amplement

prouvé. Mais lorsqu'on trouve un liquide céphalo-rachidien normal chez un spécifique traité, il ne faut pas affirmer la guérison de la syphilis. Comme le dit M. FLANDIN : « en quoi le retour à l'intégrité des méninges, accompagnant chez un malade énergiquement traité le blanchissement cutanéomuqueux, impliquera-t-il la disparition du tréponème dans le foie, le rein, l'aorte ou les ganglions médiastinaux ? » M. R. BERNARD conclue dans le même sens : « depuis trois ans que je me suis mis à réviser tous mes syphilitiques par l'examen du liquide céphalo-rachidien, j'en ai pratiqué des centaines et j'en suis arrivé à croire ceci : trop de syphilis, surtout celles chez lesquelles le traitement de début a contrarié l'immunité, donnent, des années après, et malgré les apparences cliniques et sérologiques de guérison, un liquide pathologique. Inversement j'ai vu et publié des observations de malades offrant toutes les garanties de guérison clinique, sérologique et céphalo-rachidienne, faire brusquement après ces épreuves, une vaste explosion cutanée et muqueuse. Où le tréponème avait-il été se nicher ? »

M. GOUGEROT dans son livre, le traitement de la syphilis, dit aussi : « le liquide céphalo-rachidien ne peut nous assurer de la destruction complète de tout tréponème. »

On tend actuellement à confondre intégrité du liquide céphalo-rachidien et son corrolaire intégrité du système nerveux, avec guérison de la syphilis. En réalité il est possible d'observer des atteintes viscérales avec intégrité du système nerveux. Certaines de nos observations en fournissent un bon exemple.

Elles sont toutes calquées les unes sur les autres : un ancien syphilitique traité a son liquide céphalo-rachidien normal et cependant ce malade peut avoir à nouveau soit des manifestations sérologiques, B. W. positif dans le sang, soit même des manifestations cliniques visibles sous forme d'accidents cutanés.

Donc normal, le liquide céphalo-rachidien ne signifie nullement guérison, mais simplement qu'à ce stade tardif, comme le dit M. SÉZARY, il n'existe aucun signe d'atteinte méningée; en conclusion, la constatation d'un liquide céphalo-rachidien normal n'est pas un critère de guérison.

3. L'ABSENCE DE CONTAGION FAMILIALE. INTÉGRITÉ DU CONJOINT, HÉRÉDITÉ NORMALE NON ENTACHÉE DE SYPHILIS.

Ce critère de guérison de la syphilis est d'une constatation beaucoup plus difficile. Le syphiligraphe éprouve en effet de grandes difficultés à suivre son malade durant plusieurs années; il est encore plus difficile d'obtenir l'examen du conjoint et de la descendance. L'absence des contaminations conjugales ou héréditaires ne constitue qu'un signe négatif de faible valeur; par contre chez un syphilitique bien traité, une descendance manifestement hérédosécifique est à elle seule un argument considérable en faveur de la non guérison de la vérole, ainsi que le prouvent certaines observations que nous apportons.

4. L'ARGUMENT DE LA RÉINFECTION.

Certains spécifiques traités peuvent contracter à nouveau la syphilis, se réinfecter; la possibilité de cette réin-

fection est pour certains un argument fondamental, une preuve capitale de la guérison de la syphilis. Cependant, ce critère est diversement interprété suivant les auteurs. Citons à ce propos ce qu'écrit M. BROcq : « de ce que certains sujets placés dans des conditions déterminées, et par suite ont été guéris de leur première infection, est-on en droit de conclure que tous les sujets placés dans des conditions identiques seront aussi radicalement guéris ? Logiquement, mathématiquement, oui; mais pratiquement, médicalement, en aucune façon. Est-on sûr en effet, que les conditions de réceptivité de terrain soient les mêmes ? Sait-on si le médicament agit de la même manière, avec la même puissance dans tous les cas ? Malheureusement les réponses à ces dernières questions ne sont pas douteuses : on ne saurait inférer à ces points de vue de ce qui se passe chez d'autres sujets; toutes les nuances sont possibles, et les nuances ont ici une importance de premier ordre. ».

En conclusion : le syphilitique est susceptible de se réinfecter dans certaines conditions; cette réinfection du fait de sa rareté ne constitue pas un argument suffisant pour affirmer la guérison de la syphilis.

5. L'ARGUMENT BIOLOGIQUE.

Les caractères biologiques du tréponème sont enfin à eux seuls un argument théorique de grande valeur pour expliquer le mode évolutif de la syphilis, maladie essentiellement chronique et récidivante. Il s'agit en effet d'une maladie à protozoaires, nullement comparable à celles provoquées par un germe comme le pneumocoque ou le

streptocoque. RAVAUT à juste titre a rapproché dans un de ses ouvrages ces trois affections tout à fait comparables par leurs caractères de chronicité : la syphilis, le paludisme, l'amibiase. Ces maladies sont très semblables par leur caractère évolutif, la première invasion est suivie d'une phase de latence, le germe étant susceptible de végéter durant des années. On ne connaît pas les gîtes où le tréponème demeure en sommeil, et la récurrence d'accidents cliniques constitue la meilleure preuve de la chronicité de cette maladie.

En résumé, la syphilis peut guérir mais nous n'avons à notre disposition aucun test pour l'affirmer.

IV

LES RECIDIVES D'ACCIDENTS CHEZ LES SYPHILITIQUES TRAITES

Malgré l'observation prolongée de syphilitiques traités, malgré la répétition des examens sérologiques, il est impossible d'affirmer la guérison. La syphilis n'est pas guérie, elle est susceptible de se réveiller; aussi croyons-nous utile pour appuyer cette *assertion, connue de longue date*, d'apporter un certain nombre d'observations.

Ces différentes observations de récidence d'accidents sont à peu près calquées sur un même type. Nous en avons volontairement écarté un grand nombre, pour en conserver quelques-unes qui nous paraissent plus schématiques et plus démonstratives.

Dans tous les cas il s'agit en effet de syphilis précocément traitées soit pour accident primitif, soit pour manifestations secondaires avec réso-réactions positives.

a) DANS UN PREMIER GROUPE DE FAITS le traitement spécifique d'attaque a été régulièrement suivi :

— Dans l'observation 1, le malade a un traitement

continu durant 3 ans avec réactions sérologiques négatives, un traitement d'entretien pendant 2 ans; mais après une interruption d'environ 18 mois le B. W. est à nouveau positif.

— Dans l'observation II, le malade est régulièrement traité pendant 5 ans, de 1920 à 1925 avec un B. W. toujours négatif. Il reste alors 4 ans sans traitement, les séoréactions sont négatives. 4 ans plus tard, en 1929 le B. W. est négatif dans le sang. 6 ans plus tard en 1935, il revient avec un tabès fruste et un B. W. fortement positif dans le sang.

— Dans l'observation III, le malade présente un accident primitif avec un B. W. positif; il suit un traitement régulier pendant 2 ans, puis un traitement d'entretien durant 2 ans. Il reste sans traitement jusqu'en 1935. Il revient alors avec une périostite gommeuse des os du nez.

Dans tous ces cas le traitement d'attaque, continuée de 2 ans à 3 ans en moyenne, a consisté en 3 ou 4 séries mixtes par an de novar avec doses totales de 6 grammes en moyenne et de 16 injections en moyenne de quinby. Après une interruption de traitement d'environ 2 ans on a assisté à la réapparition de manifestations cliniques ou sérologiques.

OBSERVATION I

Service de M. le D^r FLANDIN.

Gi... Albert, 30 ans, est vu pour la première fois en 1926 pour accident primitif : chancre induré du sillon balanopréputial avec adénopathie inguinale, le Hecht est positif. Mis au traitement il reçoit en 1926 : une série de

novar (6 gr.). On avait commencé une série mixte mais le quinby est interrompu dès la deuxième injection pour stomatorragie.

En 1927, il part au régiment où il est régulièrement soigné, il reçoit plusieurs séries d'injections, principalement de novar.

En 1929, on recommence une série mixte quinby-acétylarsan; le bismuth est, à nouveau, mal supporté, et donne des courbatures intenses au malade, il a reçu alors deux injections mixtes, on complète par 8 injections d'acétylarsan; puis une série de novar (5 gr. 25) est faite, les épreuves sérologiques sont négatives. Il ne se soigne pas durant l'année 34 et le 30 mars 1935, le B. W. est à nouveau positif.

OBSERVATION II

Har... André, 36 ans, contracte la vérole au régiment en 1920 où il reçoit 2 séries de novarsénobenzol. Puis il est régulièrement traité pendant 5 années; les B. W. faits pendant ce laps de temps sont toujours négatifs. Il reste sans traitement de 1925 à 1929, époque à laquelle le B. W. est encore négatif. On juge alors inutile de le traiter.

Actuellement, en novembre 1935, il revient consulter et il présente les signes suivants : douleurs profondes, nocturnes à sensation de torsion, Orgyll-Robertson positif, réflexes rotuliens et réflexes achilléens abolis, B. W. positif, foie augmenté de volume : la hauteur de la matité étant de 16 cm. environ, cœur normal.

Après trois mois d'interruption de traitement, en janvier 1930, le B. W. est redevenu positif, une série de

novar (3 gr. 45) et de 4 injections de curaluès, puis 13 d'acétylarsan font virer le Hecht au négatif.

En 1931, 14 injections d'acétylarsan et une d'arqueritol, puis une nouvelle série de 14 acétylarsan, enfin 10 injections mixtes acétylarsan-quinby.

En 1932, il reçoit une série d'arqueritol 0 gr. 74 de H. G. et une série de 10 injections de curaluès, son Hecht est toujours négatif.

En 1933, il reçoit 10 injections de muthanol, puis 10 injections doubles (0 gr. 15) de quinby. Son Hecht est négatif. C'est alors qu'il ne se soigne pas pendant toute l'année 1934, le 30 mars 1935, le B. W. est, à nouveau, positif.

OBSERVATION III

Service de M. le D^r FLANDIN.

Del., Charles, 25 ans, vient consulter le 24 décembre 1928 pour accidents primitifs : chancre très creusant à bords décollés du sillon balano-préputial avec adénopathie inguinale gauche, datant de trois semaines, céphalée, Hecht positif. Mis au traitement, il reçoit fin 1929 et début 1930 une première série mixte : novar (5 gr. 25), quinby (10 inj.), qui négative les réactions sérologiques. Puis deux autres séries semblables :

novar 6 gr. 30, quinby 7 inj.

novar 6 gr. 60 quinby 11 inj.

Les réactions de Hecht faites entre les séries sont négatives.

En 1931, une série de novar interrompue à 2 gr. 25.

Reprise un mois plus tard (3 gr. 75) et une série mixte novar (4 gr. 35), argueritol (0 gr. 79 de HG.) Les réactions sérologiques restent négatives. Au service militaire où il est appelé il reçoit 15 inj. de quinby, puis une série de (3 gr. 48) de sulfar et 5 inj. d'argueritol, son B. W. est négatif.

18 mois après sa libération du régiment, temps pendant lequel il ne reçoit pas de traitement, une réaction de Hecht pratiquée sur son sang est négative (30 avril 1935).

Le 14 mai 1935, il revient dans le service, porteur d'une périostite gommeuse des os propres du nez, côté droit.

b) DANS UN 2^e GROUPE DE FAITS, il s'agit de malades qui ont reçu un traitement d'attaque moins intensif ou moins prolongé, mais les résultats du traitement ont été contrôlés par des examens du liquide céphalo-rachidien.

Dans l'observation IV, le sujet est traité en 1925 pour une syphilis secondaire par trois séries mixtes novar-quinby; en 1926 et 1927, deux séries de quinby par an; une série de quinby par an de 1928 à 1933. Les séro-réactions demeurent toujours négatives dans le sang. En 1934, le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction sous-occipitale est normal. 8 mois plus tard, il vient consulter pour plaques fauchées de la langue disparaissant rapidement en quelque temps.

Dans l'observation V, le malade est traité en 1928 pour syphilis secondaire par deux séries mixtes novar-quinby. En 1929, deux séries de novar, une de cyanure, une de curalues. De l'année 1930 à l'année 1933, le B. W. fait

tous les mois et trois ponctions lombaires en 3 ans, une chaque année, à l'Institut Prophylactique, ont toujours été négatives. Le malade revient à la fin de l'année 1934 avec un accident secundo-tertiaire.

Dans l'observation VI, le malade après un chancre est traité régulièrement et correctement pendant 4 ans. A la 4^e année de son traitement, les réactions sérologiques dans le sang sont toujours négatives; le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction sous-occipital est normal. Pendant 4 ans, il est laissé sous surveillance sérologique sans traitement. A la 8^e année, sans aucune manifestation clinique, le B. W. redevient positif.

OBSERVATION IV

Service de M. le D^r FLANDIN.

Gu... Alexandre, 35 ans, vient consulter le 25 avril 1925 pour accidents syphilitiques secondaires : érosions scrotales multiples, syphilides, scrotales et anales, plaques muqueuses linguales et amygdaliennes, roséole, pas d'adénopathie, le Hecht est fortement positif. Mis au traitement, il reçoit en 1925 trois séries mixtes la

1 ^{re} de :	novar 7 gr. 50,	quinby 10 inj.
2 ^e	— 6 gr.	— 10 inj.
3 ^e	— 4 gr. 50,	— 10 gr.

La dernière série de novar est interrompue, le malade ayant de l'hypertension artérielle à 25/10 et un gros éréthisme cardiaque.

En 1926 et 1927, il reçoit 4 séries de chacune 10 inj.

de quinby, la réaction de Hecht en 1926 et 27 est négative. En 1928, une même série.

En 1929, deux séries exactement semblables.

En 1930, rien.

Tous les ans de 1931 à 1933 inclus, il reçoit dix inj. de quinby, un examen complet du malade le 6 janvier 1934 donne les résultats suivants :

Réflexes normaux, pupilles normales, et dans le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction sous-occipitale : albumine 0 gr. 50 0/00, quelques lymphocytes. B. W. négatif.

Une nouvelle série de 10 inj. de quinby est faite à la suite de cet examen, le B. W. est toujours négatif.

Au début de 1935, nouvelle série de 10 inj. de quinby.

Gu... reste sans soins jusqu'au 2 août 1935, à ce moment il présente trois plaques fauchées sur la langue, deux plaques érythémateuses du voile d'un diamètre d'une pièce de 50 centimes, accidents datant de 10 jours; aucune autre manifestation cutanée ou muqueuse. Le B. W. est à ce moment négatif.

Ces plaques disparaissent rapidement après reprise du traitement.

OBSERVATION V

Service de M. le D^r FLANDIN.

Fl... Pierre, 24 ans, vient consulter pour la première fois le 26 avril 1928, il présente : des plaques érosives de la verge, une roséole discrète, le Hecht est fortement positif. Il reçoit cette année-là une première série mixte de novar (6 gr.), quinby (10 inj.). Puis une deuxième série mixte interrompue de novar (0 gr. 60) et 3 inj. de

quinby, série complétée par novar (3 gr. 50) et quinby (8 inj.) à sa suite, il a un ictère assez léger avec présence de pigments dans les urines. Après l'ictère, le Hecht est positif. Fl... est alors mis au cyanure : 10 inj. de 0 gr.01, le Hecht reste positif. Il continue de se faire soigner à l'institut prophylactique. Il reçoit-là 10 inj. de curaluès, puis une série mixte de 0 gr. 12 de cyanure et de 13 inj. de curaluès, le B. W. est négativé.

De 1930 à 1934, il est suivi à ce même institut, B. W. tous les mois et 3 ponctions lombaires (une chaque année). Toutes ces épreuves restent négatives. Le malade fait son service militaire en 1934 il y reçoit deux séries de mu-thanol.

Après sa libération vers la fin de l'année, il revient consulter dans le service, il est porteur de 3 petites lésions faiblement papuleuses, l'une érosive sur la verge, avec petits ganglions inguinaux, l'ultra est négatif, mais le Hecht est positif. Le malade reçoit 10 inj. de curaluès, mais on note une bismutho-résistance partielle car après cette série, le gros élément de la verge a bien disparu, mais il persiste plusieurs éléments dont l'un est en fer à cheval rouge vif et est très infiltré. Le Hecht pratiqué le 3 janvier 1935 est positif. Une série de novar (6 gr.) est alors faite, elle provoque la cicatrisation avec cependant persistance d'une macule rouge non indurée; aussi fait-on une série mixte cyanure, 10 inj. de 1 centigr. novar (4 gr. 30). Le malade est perdu de vue en juin. Il revient en mars 1936, le B. W. est alors fortement positif.

OBSERVATION VI

St... Pierre a contracté la syphilis en 1927 et vient consulter pour un accident primitif. Pendant 4 ans, il est bien traité et les réactions sérologiques sont négatives : B. W. et liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction sous-occipitale, sont normaux. On le laisse 4 ans sans traitement, mais sous surveillance sérologique. 8 ans après, sans aucune manifestation clinique de la vérole, le B. W. devient positif.

c) DANS UN TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS, le traitement d'attaque a été plus irrégulièrement suivi pour des raisons variées. Il a cependant toujours consisté en 2 ou 3 séries mixtes arséno-bismuthiques durant la première année; au cours de la 2^e année, tantôt on continue la médication arsénicale, tantôt on ne fait qu'un seul traitement bismuthique ou mercuriel associé. Dans tous les cas, la réaction de B. W. a été rapidement négativée et le demeure pendant plusieurs années, 5 ans dans les observations VII et VIII; 3 ans dans les observations IX et X. Dans cette série de cas, seule, la réapparition d'une séro-réaction positive a révélé la persistance de l'infection syphilitique.

OBSERVATION VII

Co... Pierre, 30 ans, vient consulter le 10, 6, 28 pour un accident primitif, chancre au niveau de la symphyse

pubienne. Le mois suivant apparaissent des accidents secondaires : plaques érosives de la verge, éléments papuleux de la paume des mains, roséole, Hecht fortement positif. Mis au traitement, il reçoit en 1928, 2 séries mixtes novar-quinby-novar (6 gr.), quinby 10 inj. qui négativent la réaction de Hecht. Pendant l'année 1929, deux autres séries mixtes sont faites : la 1^{re} de novar (6 gr. 30) quinby 9 inj., la seconde novar (5 gr. 85) quinby 10 inj., les réactions de Hecht restent négatives.

En 1930, après un Hecht négatif, il reçoit une nouvelle série mixte de novar (4 gr. 35) et quinby 7 inj. et 4 quinby doubles, mais le Hecht redevient positif; une série mixte de 10 inj. d'acétylarsan-quinby la négative.

A ce moment, il reste 4 mois environ sans traitement, le Hecht est redevenu fortement positif, une série de 9 inj. d'acétylarsan le négative. Il reçoit encore une série mixte de 14 inj. mixtes acétylarsan quinby.

En juin 1932, le Hecht est négatif, le malade reçoit alors 16 inj. d'acétylarsan.

Co... reste alors près de 2 ans sans traitement et revient dans le service fin mars 1934 : les réactions de Hecht et de B. W. sont fortement positives.

OBSERVATION VIII

Service de M. le D^r FLANDIN.

Bo... Emile, 30 ans est envoyé dans le service en octobre 1931 pour 2 ulcérations anales sans grosse adénopathie inguinale, Hecht fortement positif. Il reçoit une

première série mixte de novar (7 gr. 50), quinby 12 inj. négativant le B. W.

En 1932, une série mixte novar (5 gr. 10) et quinby 10 inj. lui est faite et alors qu'on lui commençait une autre série dont il avait déjà reçu novar (0 gr. 45), quinby 2 inj., il contracta une pneumonie. Le traitement fut repris en octobre par une série mixte de 9 inj. acétylarsan quinby.

En 1933, il reçut deux séries mixtes d'acétylarsan quinby : la 1^{re} de 11 inj., la seconde de 17.

En 1934, deux séries semblables respectivement de 12 et 10 inj.

Le malade reste un an environ sans traitement et ne revient qu'en août 1935, le B. W. est alors fortement positif.

OBSERVATION IX

Service de M. le D^r FLANDIN.

La... Victor, 51 ans vient consulter le 18 février 1932 pour éruption de syphilis secondaire papulo squameuse de la face, des bras, des jambes et du tronc. On ne trouve pas de trace de chancre à la verge, mais des plaques muqueuses scrotales et du fourreau avec adénopathie inguinale gauche, le B. W. est positif.

Mis en traitement il reçoit :

1 série mixte novar 5 gr. 25, quinby 11 inj. qui négative le Hecht, puis une série mixte novar 1 gr. 50, quinby 4 inj. continuée par 7 inj. mixtes d'acétylarsan novar; enfin une série mixte quinby-acétylarsan, le Hecht reste négatif.

En 33, deux séries de quinby de 10 inj. chaque, les réactions sérologiques restent neutres.

En 1934, une série d'arqueritol 0 gr. 80 de Hg, une série de quinby, 10 doses doubles, les réactions sérologiques sont toujours négatives.

Le malade reste 4 mois 1/2 sans traitement, la réaction de Hecht est devenue positive.

OBSERVATION X

Tr... René, 26 ans, a été examiné pour la 1^{re} fois le 18 décembre 1931 au Val-de-Grâce, pour accident primitif avec ultra positif; 20 jours après le B. W. est positif. Mis au traitement pendant son service militaire il reçoit, après 2 cyanures une série d'inj. de novar échelonnées de 0,15 à 1 gr. 05.

Libéré, il se fait soigner dans le service et y reçoit :

— en 1932, deux séries mixtes de novar (6 gr.) quinby 10 j., une troisième série de novar (6 gr.), cette 3^e série devant être mixte, il a reçu 2 inj. de quinby, injections arrêtées pour début de stomatite. Un B. W. pratiqué avant la deuxième série est faiblement positif.

— en 1933, deux séries mixtes novar (6 gr.), quinby 10 inj.; la deuxième de novar (5 gr. 25), réaction de Hecht négative.

— en 1934, dès la première série mixte après la 4^e inj. de novar un ictère apparaît, seul le quinby est terminé, il a reçu novar (2 gr. 10) et quinby 9 inj., puis on lui fait une série de 10 inj. de quinby, doses doubles.

— en 1935, le 14 mai, le B. W. étant négatif, il reçoit une série de quinby double de 10 inj.

Il ne suit plus de traitement jusqu'en novembre 1935, à ce moment, il revient consulter dans le service et présente une érosion du sillon balano-préputial à type induré avec petite adénopathie inguinale gauche. La réaction de B. W. est positive ainsi que l'ultra.

OBSERVATION XI

Th., Marcelle, 29 ans. Est envoyée le 10 janvier 1929 dans le service pour chancre induré vulvaire avec nombreux trépomènes à l'ultra. Une réaction de B. W., faite au mari, est fortement positive.

Mise au traitement, elle reçoit en 1929, 3 séries mixtes de novar 6 gr. 15 quinby 10 inj. pour la 1^{re}.

— 2 gr. 60 — 6 inj. pour la 2^e.

— 4 gr. 35 — 12 inj. pour la 3^e.

A la fin de la troisième série, le novar est mal supporté.

En 1930, une série de 6 inj. de quinby est faite, le B. W. reste cependant positif. Puis une série de 8 inj. doubles de quinby, le B. W. est négatif et une série mixte de 20 inj. quinby acétylarsan.

En 1931, une série de 11 inj. de quinby et une deuxième série, 8 acétylarsan, 2 quinby, les réactions sérologiques se maintiennent négatives.

En 1932, après B. W. négatif, une série de 11 inj. d'acétylarsan, la malade néglige la seconde série qu'on lui a conseillée.

En 1933, B. W. négatif : 10 inj. acétylarsan.

Th. s'absente à nouveau, et ne revient dans le service qu'à la fin de l'année, le B. W. est redevenu fortement positif.

d) DANS UN QUATRIEME GROUPE DE FAITS, le malade est précocement et intensément traité par des séries arsénicales et bismuthiques; les réactions sérologiques sont rapidement négativées. Cliniquement guéri, le malade interrompt son traitement à la quatrième année de la syphilis et se marie. Un premier enfant, né à terme, est bien portant; un 2° enfant se développe mal et a un retard intellectuel manifeste; une troisième grossesse est suivie d'un accouchement prématuré au 7° mois avec un fœtus macéré.

Un syphilitique en apparence guéri, procréé peu de temps après l'interruption de son traitement; l'enfant est bien portant. Dès l'année suivante, malgré l'absence de toute récidence d'accident chez le père, un nouvel enfant naît manifestement hérédo-syphilitique, excellente preuve de l'infection tréponémique.

Observations personnelles, D^r FLANDIN, XII.

1. — M. S. de M., 24 ans, Σ ignorée, contamine sa fiancée en mars 1919. Celle-ci a un chancre de l'amygdale. Tréponème. B. W. +++ chez les deux.

Traitement par novar poussé jusqu'à six gr. chez les deux, puis cyanure, 2° série id.

A la reprise de la 3° série, intolérance à l'As. chez les deux. B. W. négatif.

Malgré B. W. négatif persistant, 4 puis 3, puis 2 séries de cyanure par an.

Les 2 conjoints (mariage en mai 1919) n'ont jamais eu aucun accident.

Enfants en 22, 24, 28 parfaitement sains.

2. — *M. R. Σ* pendant sa vie d'étudiant. Traité par pilules et sirop de Gibert pendant 4 ans. Déclaré guéri, se marie et ne se traite plus. Un an après le mariage, une fille normale qui plus tard se marie et a des enfants normaux, 2 ans plus tard, un fils normal.

1 an plus tard, fausse-couche.

1 an plus tard, un fils avec malformation cardiaque (communication interventriculaire).

3. — *M. X. Σ* contractée pendant ses fiançailles.

Traité activement par pilules et huile grise.

Un an après le mariage, deux jumelles saines en apparence, 2 ans plus tard, fausse-couche.

Série de fausses-couches s'étalant sur dix ans. Puis devient *P. G.*

4. — *M. C. Σ* en 1900, traitée pendant 4 ans par FOURNIER. Déclaré guéri.

Mariage en 1904.

Un fils en 1905, athlète complet.

Depuis, 3 fausses couches.

M. C. meurt en 1924 tuberculeux et présentant une énorme aortite Σ .

5. — *M. R. Σ* soignée dès le chancre et pendant 4 ans par novar et huile grise. *B. W.* négatif dès la 1^{re} année.

Déclaré guéri. *B. W.* négatif deux fois par an. Malgré le développement d'un anévrysme, le syphiligraphe juge inutile la reprise du traitement à cause du *B. W.* négatif.

2 enfants sains dans les 2 années ayant suivi la « guérison ».

Puis 2 fausses couches.

De la lecture de ces différentes observations se dégagent les faits suivants. Un traitement intensif arséno-bismuthique, correctement observé, avec disparition rapide des accidents cliniques et négativation du B. W., peut-être suivi à lointaine échéance, soit de la reprise des accidents cliniques, soit d'une réascension des réactions sérologiques. Ces faits sont évidemment beaucoup plus fréquents lorsque, pour une raison quelconque, le traitement d'attaque a été moins intensif. La surveillance sérologique par les examens répétés du sang et même du liquide céphalo-rachidien, comme dans les observations 4, 5, 6 ne permettent pas de conclure à la guérison, puisqu'on assiste une récurrence plus ou moins tardive.

A côté de ces observations personnelles nous en citerons un certain nombre d'autres. M. le Professeur GOUGEROT insiste sur l'importance de ces récurrences et cite les 2 observations suivantes :

OBSERVATION 1 (P^r GOUGEROT). — « Un officier que j'ai connu pendant la guerre a une syphilis qui paraît banale, qu'il traite bien parce que c'est un phobique. Il a 6 ans de syphilis. Il arrête son traitement. Il fait un grand voyage et à la fin il a des troubles de vision. Un ophtalmologiste découvre une syphilis oculaire. »

OBSERVATION 2 (P^r GOUGEROT). — « Le second cas est une malade ayant fait 4 ans de traitement, elle accumule tous les critères, absence de symptômes cliniques :

B. W. négatif, ponction lombaire négative. Cependant, elle commence une syphilis osseuse. J'espère que le traitement la réduira, mais il aurait été préférable de l'empêcher. »

MM. J. GATÉ, MICHEL, GUILLERET, TIRAN citent dans le bulletin de la Société dermatologie et de syphiligraphie, 26 novembre 1931, 2 observations analogues. Dans la première, il s'agit d'un malade, atteint de syphilis certaine depuis 5 ans, énergiquement soigné (Novar et bismuth) pendant 3 ans consécutifs, avec cessations de toute thérapeutique à ce moment, sur la foi d'une sérologie négative (sang et liquide céphalo-rachidien). Deux ans après, on constate l'apparition de lésions condylomateuses érosives, donc éminemment contagieuses, de la région anale, avec présence de tréponèmes et sérologie sanguine très positive.

Dans la 2^e observation, il s'agit d'un malade atteint de vérole depuis 4 ans très régulièrement suivi pendant 3 ans dans un Dispensaire. Puis il part au régiment où il n'est pas soigné, parce que les réactions sérologiques sont négatives. 8 mois après sa libération, on constate l'apparition d'accidents secondaires indiscutables : syphilides de la commissure labiale droite et du visage, syphilides acnéiques du cuir chevelu, accident érosif du gland voisin du frein, accidents ayant, rapidement régressés par une série d'injections du bismuth. Détail plein d'intérêt, alors que le malade présentait ces accidents secondaires, l'analyse du sang s'est montrée négative.

Ainsi donc nous n'avons pas de test de guérison, pas d'arguments probants pour affirmer la guérison clinique et sérologique de la syphilis. Si la majorité des spécifiques

bien et précocement traitées ne font pas ultérieurement d'accidents, la menace de récurrence pour eux-mêmes ou pour leur descendance constitue un argument important pour la prolongation du traitement contre la vérole. Tel malade procréera des enfants hérédosyphilitiques, sans que le procréateur ait aucun signe de syphilis.

Il est très difficile, chez ces malades, de faire accepter un traitement d'entretien parce qu'à tort ou à raison ils se croient bien traités et guéris. Cependant quelle responsabilité d'affirmer à ces malades la guérison puisque nous n'en avons aucune preuve. Il faut donc leur montrer les dangers qu'ils courent en ne se soumettant pas à un traitement d'assurance qui constitue certes une petite gêne, mais qui permet une plus grande tranquillité.

Citons les 2 observations de M. CARLE, (réunion de dermatologie de Lyon 26 novembre 1931), « en 15 jours, je viens d'observer le réveil de 2 syphilis; dans un cas 14 ans après le chancre sous forme d'accidents riches en tréponèmes, dans l'autre 21 ans après. Ce second cas observé par M. LACASSAGNE, concerne un sujet qui avait eu la syphilis en 1919. Je viens de le revoir avec des lésions de type secondaire; il a d'ailleurs contaminé son amie ». A cette réunion M. LACASSAGNE souligne : « Je suis frappé depuis quelque temps du grand nombre de syphilis anciennes qu'on voit à l'heure actuelle se réveiller. Nous avons récemment parlé de ces faits avec MM. CATÉ et CARLE qui ont fait la même observation ». Si nous voulons empêcher de tels retours d'accidents nous devons continuer notre traitement.

M. NICOLAS (même réunion) conclue dans le même

sens : « Ces cas de réviviscences tardives de syphilis sont très intéressants. Ils s'inscrivent en faveur de la théorie que je défends depuis longtemps : la réaction de B. W. ne peut permettre d'affirmer la guérison, elle peut d'ailleurs, redevenir tardivement positive. En tout cas, il faut être prudent, ne pas trop attacher d'importance aux tests sérologiques de guérison et continuer très longtemps le traitement ». C'est ce qu'avait fort bien vu RICORD lorsqu'il écrivait : « Il n'est ni dose, ni forme pharmaceutique, qui soit la garantie de l'extinction complète, absolue, radicale de la vérole ».

V

COMMENT CONCEVOIR LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN DE LA SYPHILIS

Nous nous sommes efforcés d'établir qu'il était impossible d'apporter la preuve de la guérison de la syphilis; nous ne disposons actuellement d'aucun critère ayant une valeur absolue; tous ceux que l'on a pu donner sont passibles de critiques et susceptibles de défaillances.

Les diverses observations que nous avons pu recueillir établissent de plus qu'un traitement d'attaque bien conduit ne met pas le malade à l'abri des récides d'accidents spécifiques.

Ce traitement d'attaque a rapidement jugulé l'infection spécifique; dans certains cas il permet très probablement d'obtenir la stérilisation de l'organisme; mais dans d'autres cas tout se passe comme si le tréponème se dissimulait profondément sous une forme de résistance; ce germe qui semble avoir un cycle évolutif est susceptible, à plus ou moins longue échéance, de réveils se traduisant tardivement par des récides d'accidents.

Il est donc logique d'envisager, chez tout spécifique ancien, la mise en œuvre d'un traitement d'entretien opposant ainsi à une infection chronique un traitement discontinu de longue haleine.

Importance capitale d'un traitement d'attaque intensif avant d'aborder le problème du traitement d'entretien.

Mais avant d'envisager le problème de la conduite du traitement d'entretien nous désirons insister à nouveau sur l'importance capitale du traitement d'attaque.

Le traitement d'entretien ne dispense en effet nullement d'un traitement d'attaque intensif, bien plus, on ne doit envisager le problème du traitement d'entretien que lorsque le malade a été soumis à un traitement d'attaque vrai.

Nous ne voulons pas aborder ici la question de ce traitement d'attaque et nous supposons que le malade a été soigné d'une façon suffisamment intense, longue et prolongée. On sait qu'il y a eu des discussions sur les modalités d'application de ce traitement d'attaque; certains auteurs restent fidèles à la technique du traitement discontinu par séries alternées, d'autres insistent sur l'importance de doses passives d'emblée; beaucoup appliquent systématiquement un traitement mixte arséno-bismuthique. À part un certain nombre de variantes tous les syphiligraphes sont d'accord pour admettre qu'il est extrêmement important pour l'avenir du syphilitique de faire précocement un traitement intensif et assez prolongé; à ce point de vue le traitement d'attaque par l'arsénothérapie et surtout le novarsénobenzol est de première importance. Les traitements pra-

tiqués dans le service du D^r FLANDIN par séries simples alternées, ou par séries mixtes successives et surtout novar-bismuth, ont donné des résultats assez comparables; les accidents cliniques ont disparu rapidement en même temps que, dans l'immense majorité des cas, le = B. W. était négativé précocement. Il est important de toute manière que ce traitement d'attaque soit prolongé un temps suffisant et il est certain que dans la conduite à suivre ultérieure, il faut tenir compte de la manière dont le malade a été traité au début de sa syphilis.

Le premier point étant bien défini, reste à envisager la question qui nous occupe spécialement; l'intérêt du traitement d'entretien et ses modalités d'application.

1 Le traitement d'entretien a-t-il une réelle utilité ?

Envisageons tout d'abord les critiques que certains auteurs comme M. SÉZARY ont pu adresser à ce traitement d'entretien. Pour M. SÉZARY le traitement « longtemps et même indéfiniment prolongé », a des inconvénients et il est loin d'être toujours efficace.

Ces inconvénients sont tout d'abord d'ordre psychologique; il est susceptible par sa longueur de décourager les meilleures volontés. Beaucoup de malades indemnes depuis longtemps de toute manifestation, sachant que leurs réactions sérologiques sont négatives ont beaucoup de peine à s'y soumettre et ne comprennent pas son intérêt; enfin la perte de temps et les frais qu'il entraîne constituent encore un obstacle à son application.

Ce traitement d'entretien n'est pas toujours inoffensif, l'injection intra-musculaire de sels insolubles peut-être suivie

d'indurations douloureuses et lentes à se résorber. Par contre il est exceptionnel que ce traitement entraîne des accidents dus au médicament, et M. SÉZARY lui-même reconnaît que ce traitement d'entretien est dans la règle admirablement supporté : « J'ai souvent été étonné de la résistance de l'organisme à leur égard ». M. SÉZARY adresse encore à ce traitement d'entretien une critique plus grave : dans certains cas, on peut malgré le traitement d'entretien, observer la récurrence d'accidents, et cet auteur en a rapporté des exemples à la Société Médicale des Hôpitaux en 1930 et 1931. Il s'agissait dans ces cas d'anciens syphilitiques, certes traités d'une manière intensive, mais, fait capital, traités tardivement; et cette mise en œuvre tardive du traitement d'attaque explique croyons-nous en grosse partie les échecs observés et l'évolution ultérieure d'une syphilis nerveuse. Ces cas ne sont donc pas absolument analogues aux faits que nous avons envisagés puisque nous avons volontairement pris des observations de malades précocement et intensément traités. Une interruption du traitement de la 3^e à la 5^e année en moyenne a été suivie d'une récurrence des accidents, et nous croyons qu'un traitement est susceptible à lui seul d'empêcher leur apparition.

La syphilis ne constitue pas en pathologie une maladie particulière, spéciale par son mode d'évolution, elle est, par ses caractères évolutifs, comparable à nombre d'autres infections chroniques.

Elle est susceptible de guérir spontanément ou presque; nombreuses sont les observations de ces malades traités il y a quarante ans par quelques pilules de protoiodure de mercure et qui, depuis n'ont jamais eu aucun signe clinique de syphilis évolutive.

Inversement la syphilis peut apparaître d'emblée grave, précocement ulcéreuse, son évolution peut être hâtée, les différentes étapes de son cycle plus rapidement franchies; quelques années après la contamination le malade a une aortite ou meurt de P. G.

Dans ces cas heureusement rares le traitement spécifique semble insuffisant et quelquefois est totalement impuissant à empêcher l'évolution. Ces syphilis graves d'emblée, précocement rebelles et rapidement récidivantes demeurent heureusement des exceptions. Dans la grande majorité des cas, la syphilis conserve au cours de son évolution et dans ses réactions au traitement les caractères classiques.

Le traitement d'attaque a fait rapidement disparaître les accidents mais du fait même de la nature particulière de l'infection syphilitique, maladie à protozoaires, il faut redouter des récidives qu'un traitement d'entretien, beaucoup moins intensif est susceptible de prévenir.

Chaque fois qu'on envisage le traitement de la syphilis, il faut toujours conserver présents à l'esprit les caractères biologiques particuliers du tréponème. Ce protozoaire a un cycle évolutif : lorsqu'il a envahi l'organisme, il demeure en sommeil sous sa forme de résistance pendant des années, un traumatisme, une infection surajoutée, souvent même sans cause apparente, son réveil est suivi dans l'organisme de manifestations d'activité et d'accidents variés.

Cette notion biologique nous paraît fondamentale, aussi croyons nous qu'en aucun cas nous n'avons le droit d'affirmer la guérison de ce malade et de le laisser vivre sans traitement d'entretien.

Certains auteurs comme, M. M. PINARD, estiment que

la seule surveillance clinique et sérologique suffit à prévenir les accidents. Cette surveillance permet tout au moins de dépister assez précocement une récurrence sans qu'il soit utile de soumettre le malade à un traitement d'entretien aussi onéreux que désespérant par sa longueur. Les observations que nous rapportons paraissent être en faveur de cet argument : il s'agit, en effet, de malades que nous avons revus soit parce qu'ils étaient porteurs de manifestations cutanées soit parce que les réactions sérologiques étaient à nouveau positives.

Dans ces cas très objectifs les récurrences sont bien faciles à constater : les accidents cutanés n'échappent pas au malade lui-même, la surveillance sérologique est facile à réaliser, mais que penser des différentes atteintes viscérales : hépatiques, rénales, des localisations vasculaires diverses, parfois durant des années ! Elles n'ont aucune expression clinique, lorsqu'elles se révèlent par un accident souvent grave parfois brutal, il est dans l'immense majorité des cas trop tard pour intervenir et le traitement spécifique demeure alors impuissant sur les lésions mutilantes et cicatricielles de la syphilis tertiaire.

Le traitement d'entretien de la syphilis doit être considéré comme un traitement préventif, et, à ce titre, nous estimons qu'en pratique il y a une très grosse utilité et qu'on ne saurait en dispenser le malade dans des motifs extrêmement sérieux.

Ce traitement d'entretien a encore été accusé de méfaits par sa faible intensité. Certains auteurs ont rapporté des observations au cours desquelles il avait activé ou réactivé une syphilis ancienne. Dans ces cas, il semble inutile

et même dangereux de traiter ces malades avec cette technique. En réalité, lorsqu'on dépouille ces observations on s'aperçoit que les critiques adressées au traitement d'entretien ne sont pas valables; les malades qui ont été réactivés par des séries espacées et souvent à doses assez faibles n'avaient dans l'immense majorité des cas jamais reçu de traitement d'attaque tel que nous le concevons. Ils étaient en période de syphilis active cliniquement latente, il est évident que dans ces cas un traitement insuffisant est inutile et même nuisible.

Nous ne saurions donc trop répéter qu'il ne faut parler de traitement d'entretien que chez les malades ayant eu un traitement d'attaque digne de ce nom; si au début de sa syphilis le malade a été traité comme trop souvent avec timidité ou irrégulièrement, il est absolument normal dans ces cas d'assister à des récidives, et dans les années qui suivront, même un traitement spécifique intensif, mais trop tardivement institué se montrera parfois impuissant à enrayer les accidents.

Lorsque le traitement d'entretien n'est pas confondu avec le traitement d'attaque, lorsqu'il est appliqué à bon escient, il ne nous semble, en aucun cas susceptible d'activer ou de réactiver une syphilis ancienne.

Il y a donc un intérêt à traiter longtemps un syphilitique jeune susceptible de procréer dont les émonctoires sont sains et qui supportera bien un traitement d'entretien. Plus tard, le problème se pose différemment, chez un spécifique ancien, les émonctoires sont touchés par la rouille de la vie. Ainsi que le dit M. SÉZARY, on ne saurait appliquer à tous les syphilitiques un traitement identique, soit par la

nature des médications, soit par sa durée. Dans chaque cas, il y a des indications particulières qui tiennent à l'âge de la maladie, à la localisation du tréponème, à l'organisme du malade.

2° A quel stade de la syphilis doit-on parler de traitement d'entretien.

Il faut tenir compte de deux facteurs essentiels :

Le stade auquel a été traité la syphilis lors du traitement d'attaque.

Comment a été conduit ce traitement d'attaque.

a) La date de début du traitement d'attaque.

Il est facile de comprendre que suivant le cas, le traitement d'attaque est appliqué à des dates essentiellement variables. Dans les observations que nous avons rapportées, la syphilis a toujours été assez précocement traitée, soit à la période primaire soit au début de la période secondaire. Le traitement idéal doit être appliqué à la phase pré-sérologique. Mais, bien souvent les malades sont vus plus tard, et dans tous les cas en ce qui concerne la conduite même du traitement d'attaque et ultérieurement du traitement d'entretien, il est indispensable de tenir compte de la date à laquelle la syphilis a été dépistée et traitée pour la première fois ; plus le malade est tardivement traité, plus il faut redouter les récives d'accidents même avec un traitement d'attaque bien conduit.

b) Comment a été conduit le traitement d'attaque.

Il est indispensable de préciser exactement chaque fois que l'on envisage un traitement d'entretien le mode exact du traitement d'attaque, le rythme des séries et leur dose totale.

Nous nous sommes efforcés de préciser aussi exactement que possible les différentes modalités du traitement d'attaque auxquelles avaient été soumis chacun de nos malades.

Cette question du traitement d'attaque est, en effet, capitale, les chances de récidives sont d'autant plus faibles que ce traitement d'attaque a été mieux conduit et plus précocement institué. On se heurte dans son application à de nombreuses difficultés, d'abord théoriques, puis pratiques. Théoriquement tout d'abord, que de divergences dans les traitements, tel traitement apparaîtra à certains auteurs comme beaucoup trop intensif ou prolongé et à d'autres comme absolument insuffisant et dangereux.

Dans les observations que nous avons pu recueillir, les malades ont reçu autant que possible un traitement mixte comportant pour une série : 6 à 8 gr. de novar, suivant le poids de l'individu et 16 inj. de sels bismuthiques, avec environ 8 centigr. de Bimétal par ampoule, chaque série d'une durée de deux mois environ est suivie d'un repos intercalaire d'abord de trois semaines ; puis de un mois, six semaines, deux mois. Le malade reçoit ainsi 5 à 6 séries mixtes arséno-bismuthique. Ultérieurement, on applique des séries alternées de sels bismuthiques et mercuriels jusqu'à la 4^e année. Le contrôle sérologique dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien permet d'apprécier l'influence de ce traitement d'attaque.

En pratique, on se heurte à bien des difficultés, bien des malades dont nous n'avons pas rapporté les observations ne suivent pas bien régulièrement leur traitement pour de nombreux motifs extra-médicaux. Dans d'autres cas, ce traitement d'attaque a été irrégulièrement suivi parce qu'il a déclenché des incidents ou qu'il a été temporairement interrompu par une infection intercurrente.

La conclusion est que, il est beaucoup plus difficile qu'on ne pourrait le croire d'obtenir une régularité parfaite dans le traitement d'attaque. Même lorsque le traitement est gratuit, même lorsque le service social dépiste des malades négligents. De toute manière, il est indispensable de connaître exactement la nature du traitement durant les premières années de la syphilis. Seul un traitement d'attaque assez intensif et régulièrement suivi mérite ce nom, lorsque pour une raison quelconque il a été nettement insuffisant, il ne mérite plus le nom de traitement d'attaque et on ne saurait chez un pareil malade envisager ultérieurement l'application d'un traitement d'entretien. Nous ne devons parler de traitement d'entretien, ou d'assurance, que lorsque le malade a véritablement reçu un traitement sérieux dans les premières années de la syphilis; la méconnaissance de ce fait explique les échecs apparents du traitement dit d'entretien.

3° Comment appliquer le traitement d'entretien ?

a) importance de l'âge, du terrain, de l'état des émonctoires.

— La clientèle des dispensaires anti-syphilitiques est

surtout constituée par des sujets jeunes habituellement robustes et indemnes de tares viscérales, ce fait explique la facilité avec laquelle un traitement d'attaque intensif était supporté par de pareils malades; un traitement d'entretien beaucoup moins agressif pourra sans inconvénient être longtemps prolongé.

Mais lorsqu'il s'agit de traiter des sujets âgés ou tarés, le problème est différent; il est indispensable de tenir compte de la résistance de l'individu et de n'appliquer le traitement qu'en appréciant l'état de l'appareil cardio-vasculaire, et la valeur des émonctoires : foie, rein.

On sait que chez les cardiaques, chez les malades atteints de néphrite chronique, par exemple, un traitement spécifique, même léger, peut déclencher rapidement des accidents graves. Il n'est pas question d'appliquer à tous le même traitement et il est bien entendu indispensable d'adapter ce traitement d'entretien à chaque cas particulier en faisant le bilan.

Il faut encore penser à la descendance possible et ce traitement d'entretien nous paraît également important à appliquer chez les malades jeunes, susceptibles de procréer et à plus forte raison chez la femme enceinte.

b) Quels médicaments utiliser ?

Il nous paraît inutile d'injecter au cours du traitement d'entretien des sels arsénicaux comme le novar. Cette médication extrêmement active et rapidement éliminée est souvent mal tolérée à ce stade. Il n'est plus question alors de faire un traitement intensif destiné à détruire des germes en pleine activité. Nous cherchons au contraire à apporter

à l'organisme avec un rythme discontinu une médication anti-syphilitique destinée à prévenir le réveil possible du tréponème. Les sels de Bi et de HG, les iodures doivent surtout être utilisés à cette période. Classiquement on emploie presque exclusivement des sels insolubles s'éliminant plus lentement, leur action étant plus prolongée. Les sels solubles eux-mêmes peuvent être utilement employés et nous rappellerons à cet égard les travaux de M. FLANDIN et de ses collaborateurs sur l'iodure de bismuth, ce composé semble particulièrement utile dans le traitement des syphilis anciennes alliant à son pouvoir anti-syphilitique que lui confère le bismuth les propriétés anti-sclérosantes fournies par l'iode et l'iodure de sodium qui lui sont associés.

c) Le rythme des séries.

Jusqu'à quel moment ce traitement ? Certains auteurs comme M. le Professeur GOUGEROT, préconisent la prolongation du traitement toute la vie ; entre cette opinion et l'opinion contraire de certains syphiligraphes, qui pensent qu'après un traitement d'attaque de deux et même un an, tout traitement est inutile, nous croyons pouvoir adopter un point de vue intermédiaire. Nous pensons que, lorsque le traitement d'attaque a été suffisamment intensif et prolongé pour mériter ce nom, un sujet jeune, indemne de toute tare viscérale, peut sans inconvénient recevoir ce traitement d'entretien au moins pendant dix à quinze ans. Nous ne nous croyons pas autorisé à lui dire qu'il est guéri. Il est indispensable bien entendu, d'associer à ce traitement la surveillance clinique et sérologique.

CONCLUSIONS

1) La syphilis est comme le paludisme et l'amibiase une infection essentiellement chronique et récidivante.

2) Il n'existe aucun critère de guérison de la syphilis, ni clinique ni sérologique; le B. W. négatif dans le sang, le liquide céphalo-rachidien normal, ne permettent pas de conclure à la disparition de l'infection tréponémique.

3) Même après un traitement d'attaque parfaitement suivi on peut observer des récides d'accidents spécifiques.

4) Un traitement d'entretien de la syphilis semble donc indispensable, en tenant compte dans son application, du terrain, du traitement antérieurement suivi.

5) Malgré les critiques qui lui ont été faites, ce traitement d'entretien constitue une assurance contre la menace d'accidents ultérieurs.

Vu, Le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de la Thèse,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNON (J.). — Les critères de guérison de la syphilis (*Thèse de Paris*, 1929).
- BOUQUET (H.). — Les limites du traitement de la syphilis (*Monde médical*, 1^{er} juillet 1934).
- CHEVALLIER. — Les types du traitement anti-syphilis (*La Médecine*, N° 2, Novembre 1927).
- FLANDIN (Ch.). — Guérit-on de la syphilis (*Bulletin médical*, 3 novembre 1926).
— Rapport du Congrès de Dermatologie, Bruxelles, 1926).
- FOURNIER. — Le traitement de la syphilis.
- GALLIOT (M.-A.). — Le traitement d'entretien des syphilitiques (*Société de Dermatologie*, séance, 10 déc. 1931).
- GATÉ (J.), MICHEL, GUILLERET, TIRAN. — De quelques faits cliniques montrant l'insuffisance d'un critère sérologique comme test de guérison et l'absolue nécessité du traitement prolongé de la syphilis (*Société de Dermathologie*, séance, 26 nov. 1931).
- GAZEAU (Ch.) et SICARD (H.). — Un traitement pratique, rapide et efficace de la syphilis (*Archives Institut Prophylactique*, N° 1, 1^{er} trimestre 1933).
- GOUGEROT. — Généralités sur le traitement actuel de la syphilis (*Monde médical*, N° 280, 1^{er} décembre 1932).
— Le traitement de la syphilis en clientèle (*Malôme, Paris*, 1929).
— Règles générales des traitements antisiphilitiques. La doctrine et la surveillance périodique indéfinie et la nécessité des traitements de consolidation pendant de longues années (*Concours médical*, N° 50, 13 décembre 1931).
- LACAPÈRE. — Où en est actuellement le traitement de la syphilis (*L'Hygiène sociale*, N° 38, 25 juin 1930).

- LOUSTE. — Les limites du traitement de la syphilis (*Société médicale de l'Elysée*).
- MILIAN I.G.). — Roséole de retour après deux ans de syphilis erythéenne syphilitique brotopique (*Revue française de dermatologie et vénéréologie*, N° 11, novembre 1932).
- PETGES. — Les traitements actuels de la syphilis (*L'Hôpital*, N°s 244-245, août 1929, p. 541).
- PINARDS (M.). — Faut-il soigner le syphilitique toute sa vie ? (*Paris Médical*, 7 mars 1936).
- SÉZARY (A.). — Faut-il traiter indéfiniment les syphilitiques ? (*Monde Médical*, N° 801, 1^{er} décembre 1931).
- Le traitement de la syphilis (Masson, Editeurs, 1933).
- SIMON (C.). — Réflexions sur la durée du traitement de la syphilis (*Bulletin médical*, Paris, may, 12/1934).
- VERNES (A.). — Travaux et publications de l'*Institut Prophylactique* (1922, t. I — 1930, t. II — 1931, t. III).
- VERNES et LÉGER. — Appréciatioo par la Syphilimétrie des effets d'un médicament (*Archives de l'Institut prophylactique*, 1931, t. III).
- WEISSENBACH et BASCH. — Remarques sur quelques cas de réactions de B. W. et de Hecht résistantes ou irréductibles (*Bulletin de la Société dd dermatologie et syphiligraphie*, Strasboourg, N° 7, juillet 1932).
- Les principales erreurs à éviter dans le traitement de la syphilis (*L'Hôpital*, N° 356 ^{bis}, avril 1934).

